

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N° RUE	APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENT
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL

2 – ÉTAT CIVIL DE L'ADHÉRENT

- Célibataire Union civile Séparé Veuf
 Marié Conjoint de fait Divorcé

Date de l'événement s'il y a lieu : _____

3 – IDENTIFICATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À CHARGE

CONJOINT		
Nom et prénom : _____		
Date de naissance : _____		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
(année-mois-jour)		
ENFANT	Nom de l'établissement fréquenté	Étudiant à temps plein¹ ou atteint d'une déficience fonctionnelle²
Nom : _____	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein
Prénom : _____		Du _____ au _____
Date de naissance : _____		<input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
(année-mois-jour)		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nom : _____	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein
Prénom : _____		Du _____ au _____
Date de naissance : _____		<input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
(année-mois-jour)		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Nom : _____	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein
Prénom : _____		Du _____ au _____
Date de naissance : _____		<input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
(année-mois-jour)		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

NOTES : 1 Temps plein signifie 4 cours ou 12 crédits ou 12 heures par session. Les mêmes critères s'appliquent pour les cours par correspondance dans une institution reconnue.

2 Vous devez nous transmettre une lettre du médecin confirmant le handicap et une preuve d'attestation provenant de la Régie des rentes du Québec, de Revenu Québec ou de Revenu Canada.

4 – SIGNATURES

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signé à _____, ce _____ du mois _____, 20 _____.

Signature de l'adhérent

Signature du témoin (autre que l'adhérent)

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.